

# RAZONAMIENTO CLINICO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Diagnósticos correctos, pacientes seguros.
- Impacto de los factores cognitivos en la seguridad del proceso diagnóstico.
- Herramientas disponibles para mejorar.



# FACTORES HUMANOS



## Razonamiento clínico

Proceso por el cual los sanitarios integran información sobre el paciente y dirigen su pensamiento hacia una hipótesis diagnóstica.

# RAZONAMIENTO CLINICO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

---

- El primer enfoque diagnóstico es el que va a condicionar la conducta posterior, que se realicen determinadas pruebas, valoraciones y que el tratamiento sea el adecuado.





## Razonamiento y contexto:

Factores relacionados con el profesional, con el paciente y el entorno de trabajo.



# DIAGNOSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Problemas de salud muy diversos.

Acuden en las **fases iniciales**, poco definidos, con poca evolución del proceso clínico.

Somos los primeros en valorar los problemas de salud.

El diagnóstico no es definitivo. Orientación diagnóstica.

Alto grado de  
incertidumbre

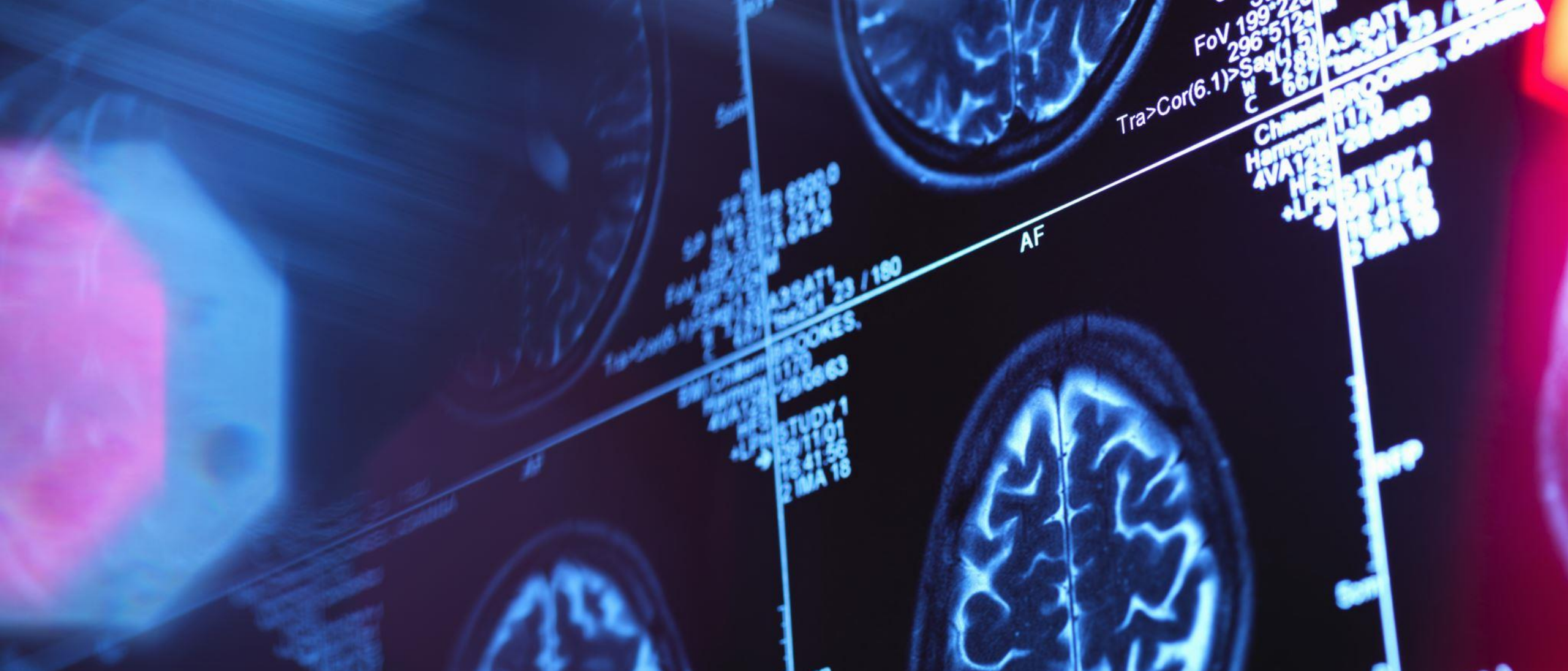




## **DIAGNOSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Longitudinalidad  
de la atención.

Contextualización  
del paciente.

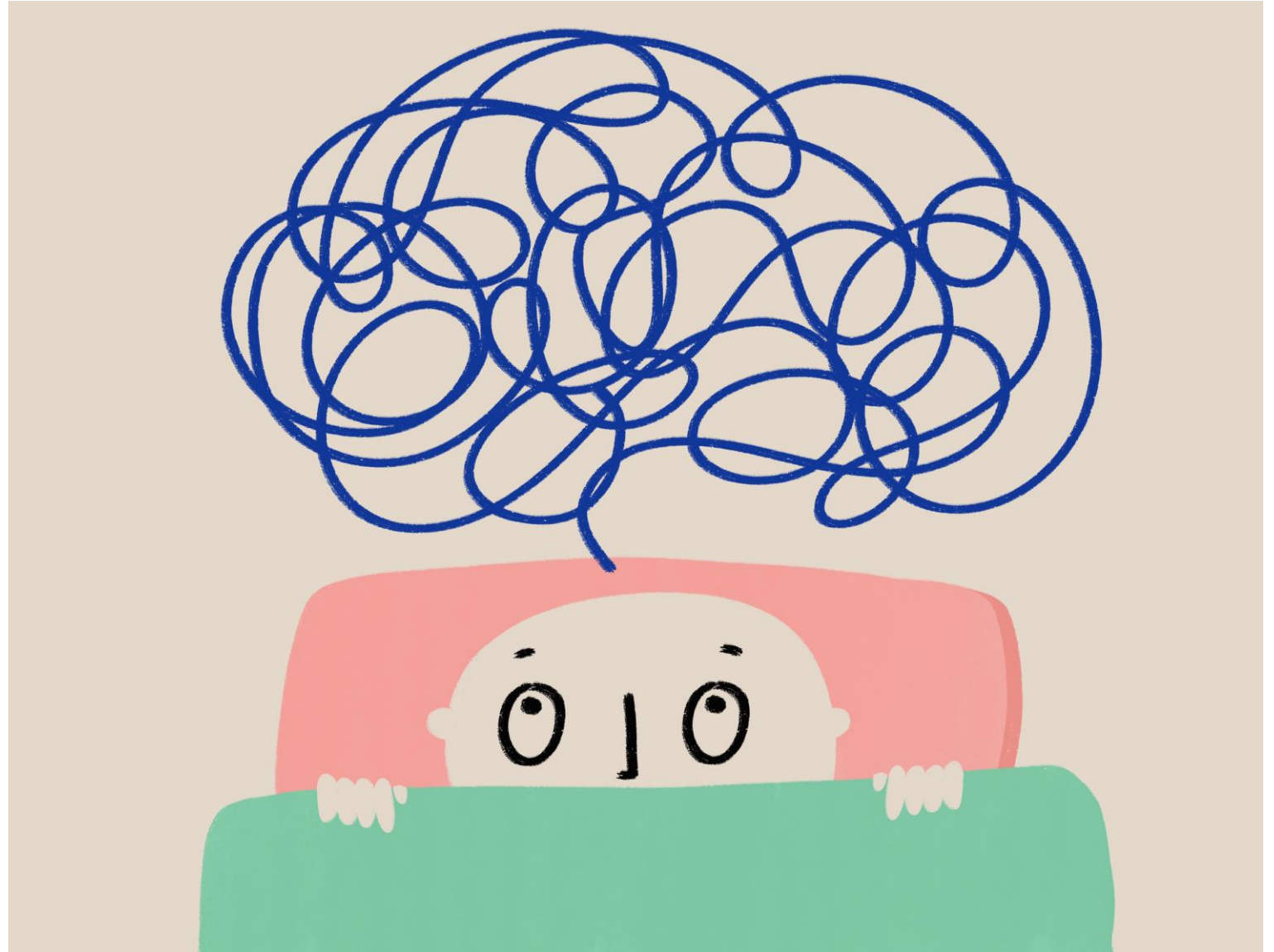


Factores humanos y error diagnóstico.



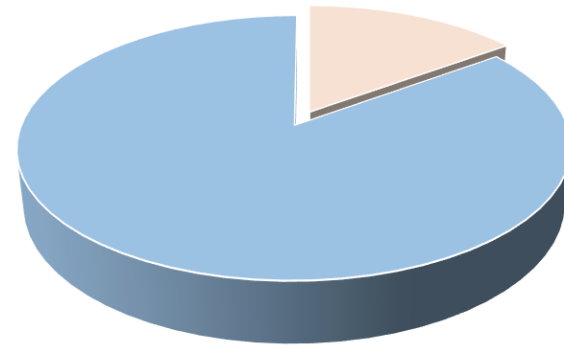
¿Se puede  
mejorar?

---





- 10% dx en AP son incorrectos.



- OMS: los errores relacionados con dx y fármacos son los más perjudiciales.
- Volumen de consultas atendidas en AP.

**Formación continuada: “no se piensa en lo que no se conoce”**

**-Leer, asimilar y poner en práctica.**

**“Sin salir al mar no se es buen marinero”**



# La entrevista clínica: ejercitar la anamnesis



- Conectar con el paciente. Desarrollar habilidades de **comunicación**.
- Averiguar y delimitar el motivo de consulta: **seleccionar el signo o síntoma clave**.
- **Objetividad**: No colocar etiquetas. No tener prejuicios.
- No dar excesivo peso a la información de **otros** colegas.
- Tener en cuenta el **contexto**.
- Contar con la participación del **paciente y de la familia**.
- **“Limpia, pule y da esplendor”**

# Recogida de datos: exploración física

---

Un examen clínico incompleto es causa de error diagnóstico.

---

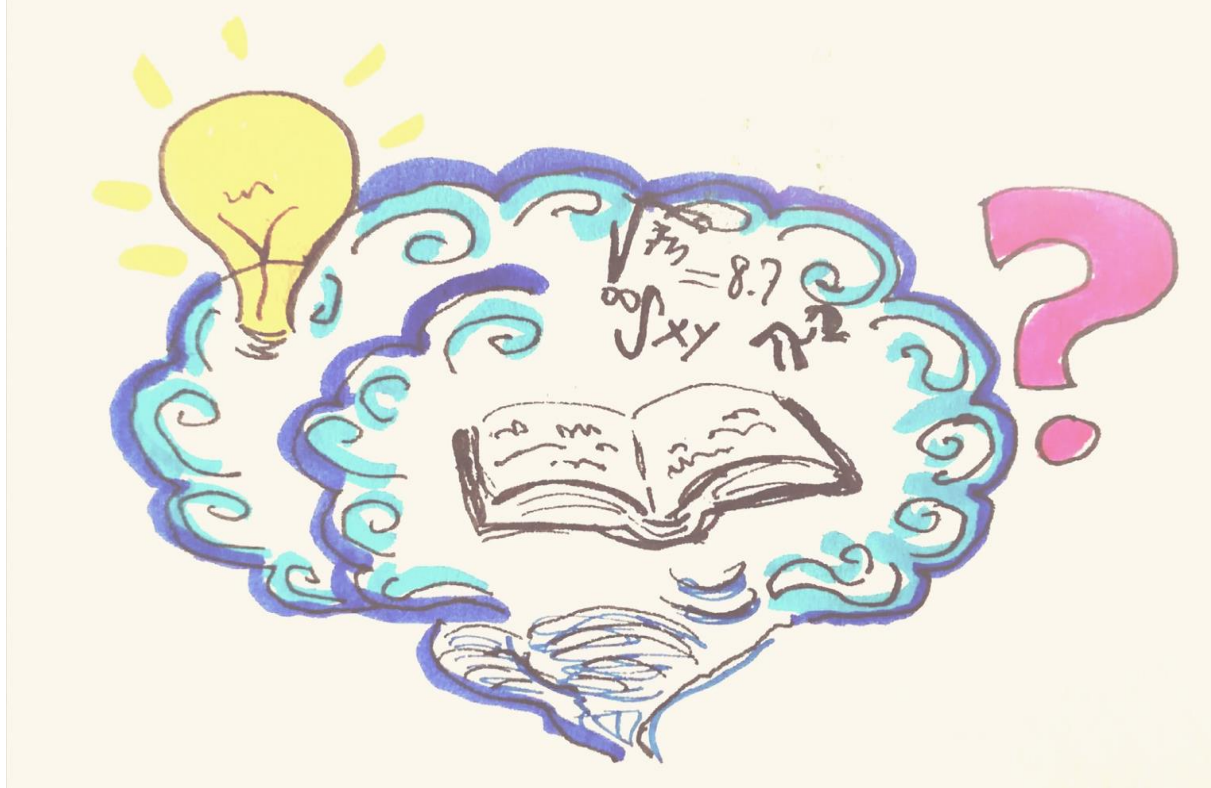
No debe ser nunca sustituido con la petición de pruebas complementarias.

---

Una buena historia clínica y exploración física disminuyen el empleo de pruebas e intervenciones innecesarias, mejorando la seguridad del paciente.



# SUPERVISOR INTERNO



**Autocuestionamiento:** crear hábito mental para autosupervisar que hacemos lo correcto. Olvido preguntar algo? ¿Debería realizar una exploración más completa?

Sin olvidar aspectos **emocionales** o **físicos**. Estoy hoy demasiado cansado? Con este paciente ya he tenido un conflicto...debería tener paciencia.



# METACOGNICIÓN

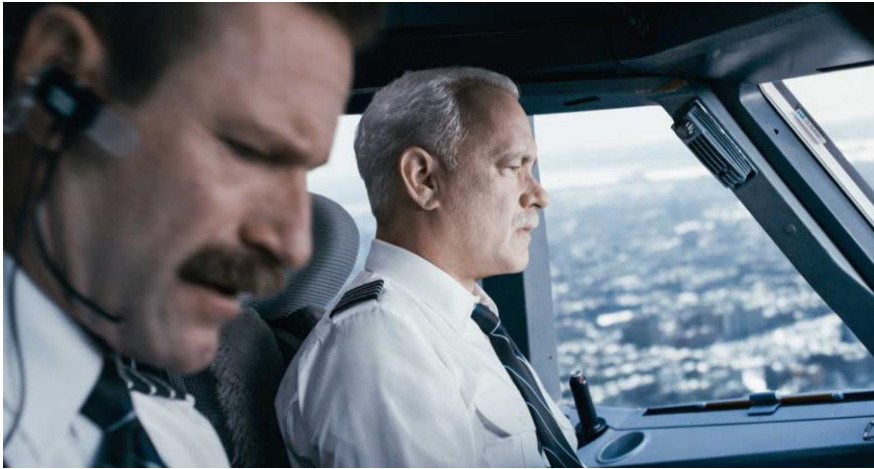


Pensar sobre lo que pensamos.

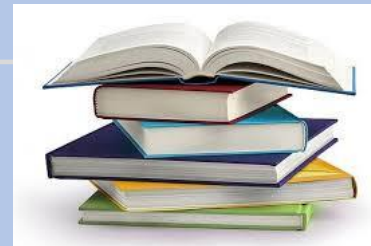


Verificación de la hipótesis: reencuadre.





Cultura de seguridad:  
consultar /trabajar en equipo.





A photograph of a hospital hallway. In the foreground, a man in blue scrubs and a surgical cap sits on a metal chair, looking down with a thoughtful expression. In the background, another person in scrubs is walking away. The scene is dimly lit, creating a somber atmosphere.

“Errare humanum est”



## APRENDIZAJE REFLEXIVO

- Aprendizaje basado en la experiencia pero apoyado con la reflexión.
- Preguntarnos por qué ocurrió determinado suceso, o no tuvimos éxito en un proceso.
- Tomar distancia para analizar nuestro propio desempeño.
- Más eficaces si se complementan con estrategias de tipo grupal, compartiendo casos clínicos y recibiendo feedback de los colegas.

# CASOS CLINICOS

Razonamiento clínico aplicado



# EFECTOS 2º DE LA MEDICACIÓN?

---

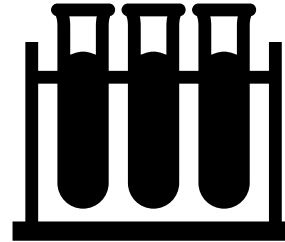
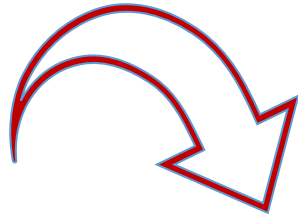


Varón de 44 años. Sin AP de interés.



Consulta por dermatitis sobreinfectada. Se pauta antibiótico tópico y antihistamínico oral.

**Evolución:**  
48 horas: temblores generalizados, diaforesis, nerviosismo y dificultad para la marcha.



- **Urgencias:**
- **Tª: 37,7**
- **GOT 153, GPT 89.**
- **JC: temblor secundario a ansiedad y sobredosificación de antihistamínico.**
- **Pautan: lorazepam**



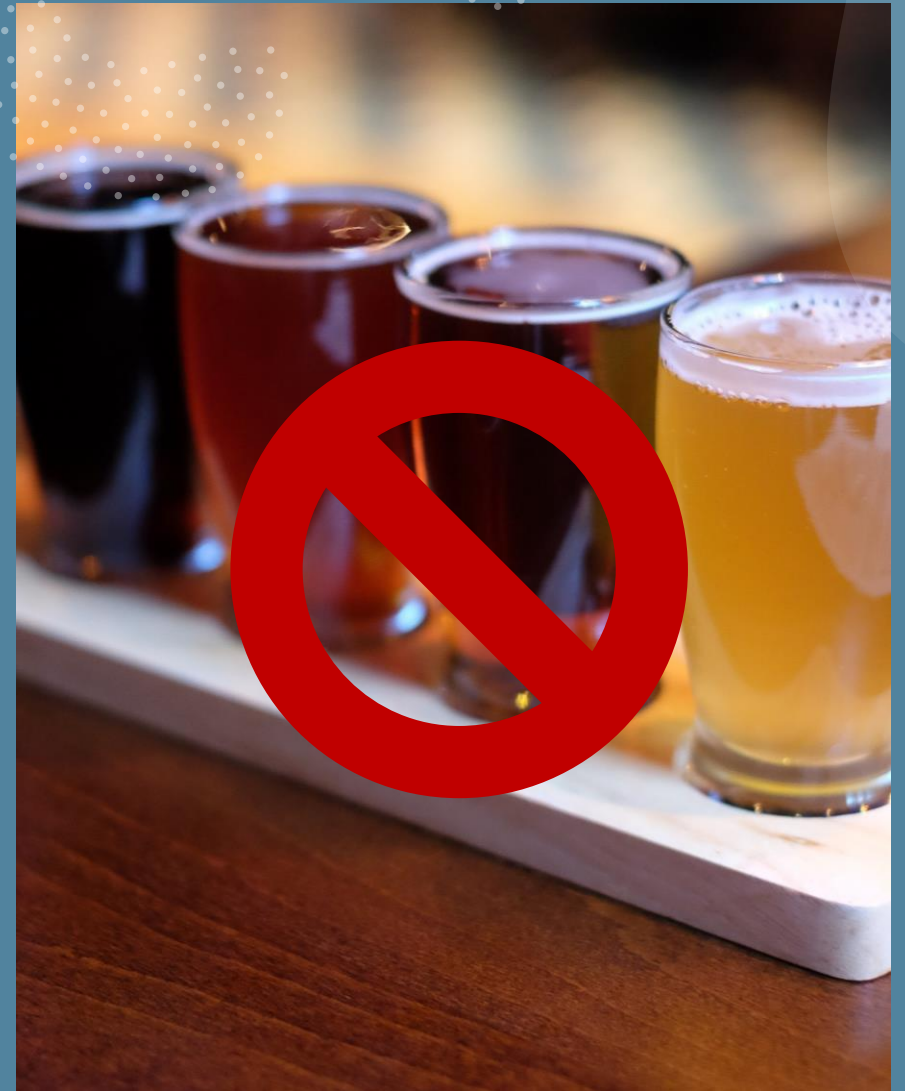


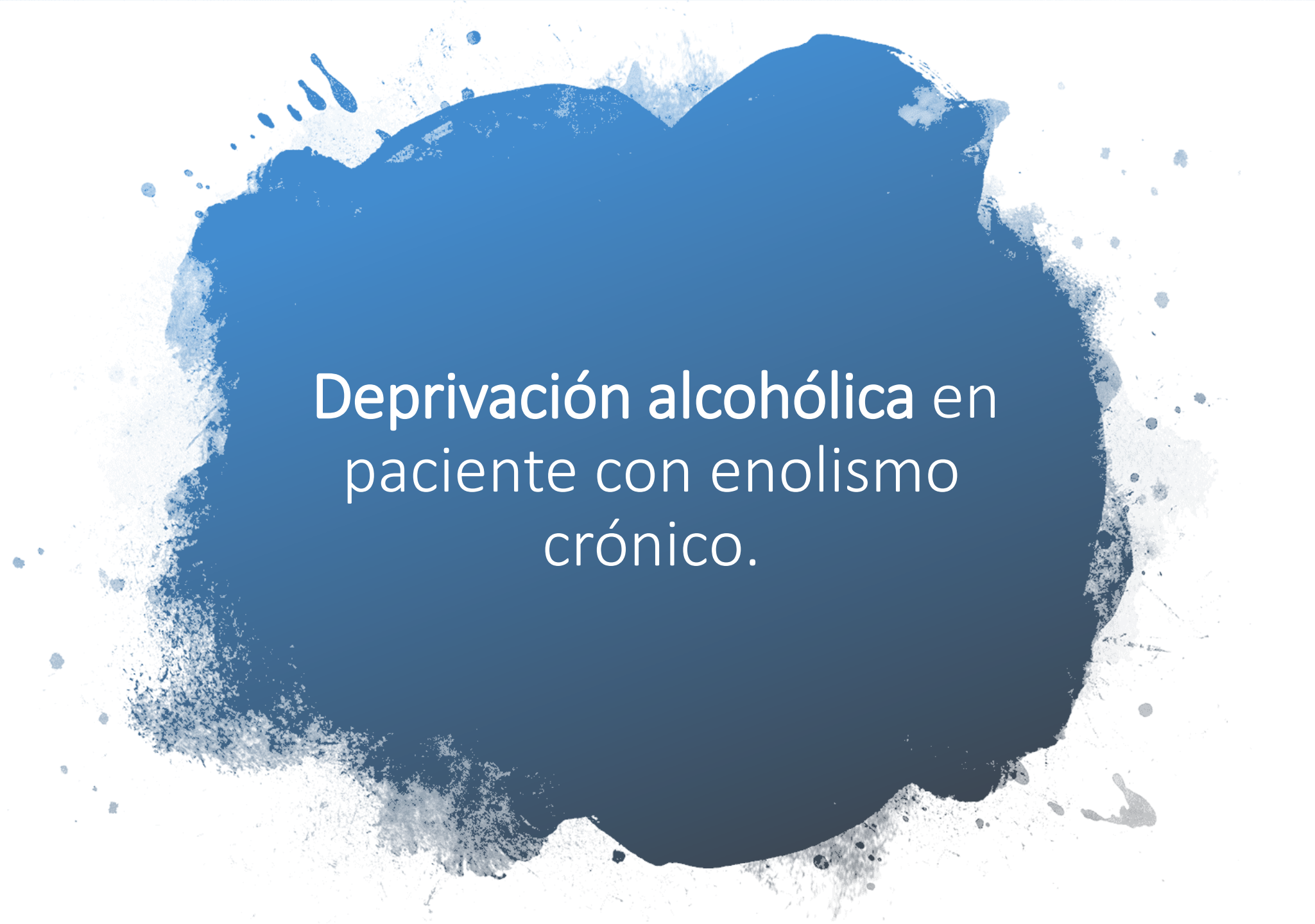
# Evolución

- El temblor ha remitido parcialmente, pero ahora se añaden insomnio y alucinaciones visuales.

# Resumen de la situación

- Paciente con temblor, nerviosismo, diaforesis y alucinaciones.
- Pruebas complementarias: transaminasas elevadas
- **Ampliar anamnesis!!!**



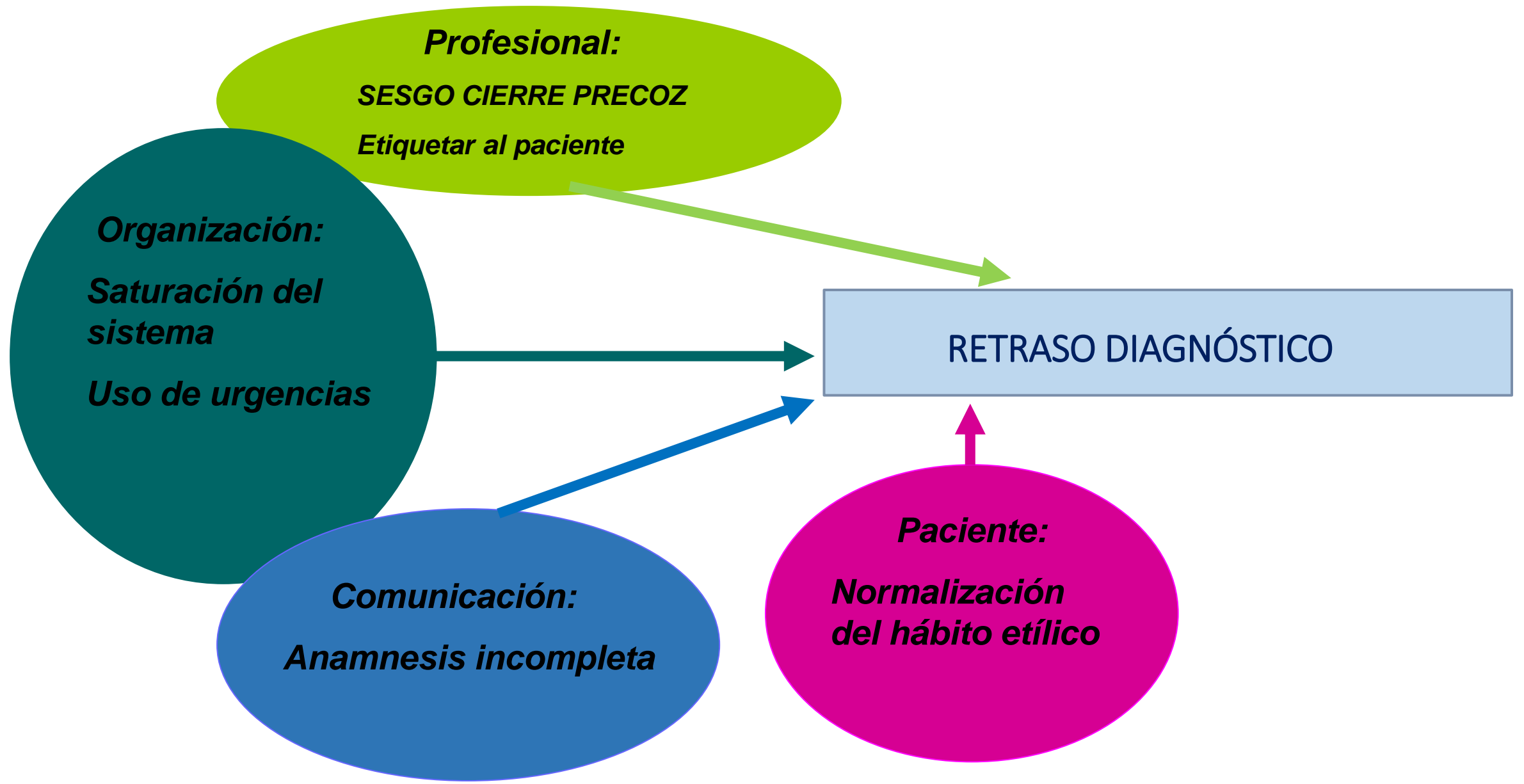


Deprivación alcohólica en  
paciente con enolismo  
crónico.



# Tipo de error identificado

- Factores contribuyentes por parte del sistema
- Factores contribuyentes por parte del profesional
- Factores contribuyentes por parte del paciente



**Profesional:**

*SESGO CIERRE PRECOZ*

*Etiquetar al paciente*

**Organización:**

*Saturación del sistema*

*Uso de urgencias*

**Comunicación:**

*Anamnesis incompleta*

**Paciente:**

*Normalización del hábito étílico*

RETRASO DIAGNÓSTICO

# CONCLUSIÓN/ MEDIDAS DE MEJORA

- Mejorar la **recogida de datos** en la historia. Preguntar explícitamente por el consumo de tóxicos.
- Otras veces es necesario contrastar la información con los familiares.
- Ser objetivos: evitar las etiquetas (paciente no daba “perfil” de bebedor).
- Evitar el **cierre precoz**: pruebas diagnósticas. **METACOGNICIÓN**

**Analizar los diagnósticos y  
compartirlos ya es un camino al  
aprendizaje.**





**Día Mundial de la  
Seguridad del Paciente**  
Jornada 17 de septiembre de 2024

*Diagnósticos correctos,  
pacientes seguros*



Salón de Actos Ernest Lluch  
Ministerio de Sanidad  
Paseo del Prado, 18, 28014. Madrid



# CASO CLINICO

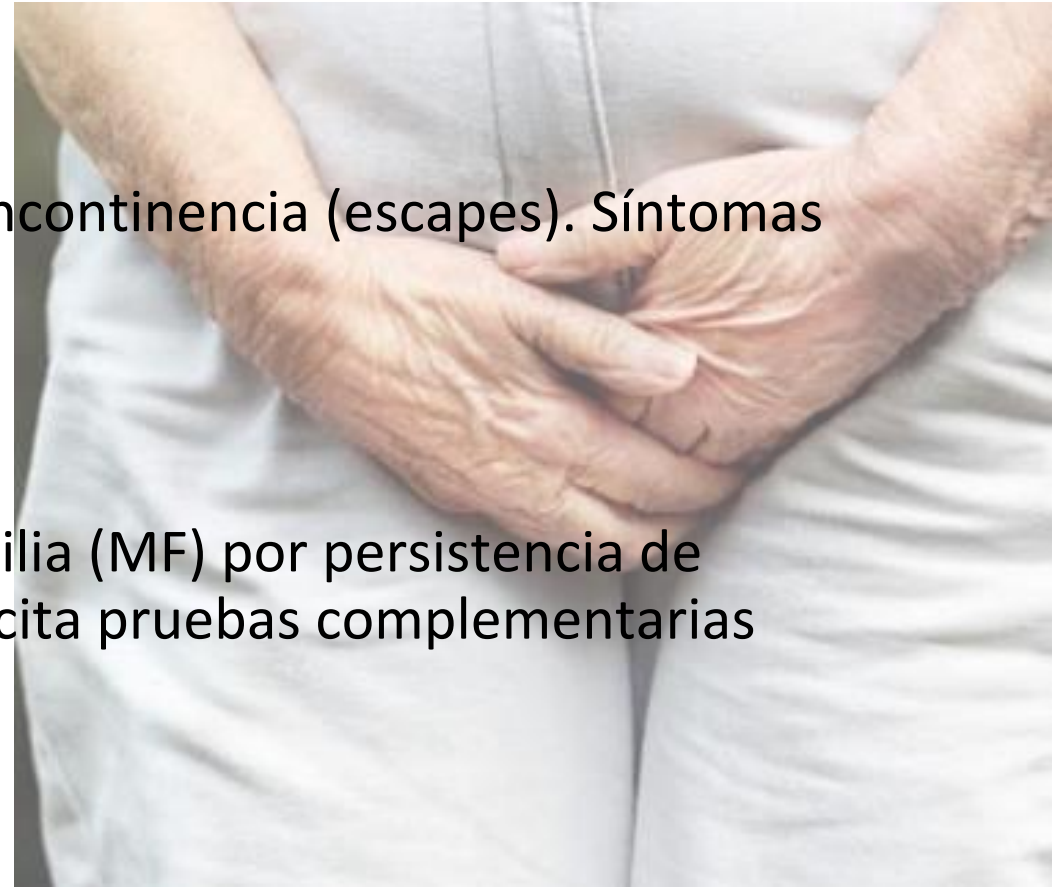
Razonamiento clínico  
aplicado.

Ana María Sánchez Sempere  
Mónica Vicente Cuevas  
Marta Castelo Jurado



# DESCRIPCION DEL CASO

- Mujer de 80 años. Antecedentes: HTA, dislipemia
- Tratamiento habitual: Ramipril 5mg/día
- Acude a Urgencias por dificultad para la micción/incontinencia (escapes). Síntomas de 2 meses de evolución.
- Se diagnostica ITU pautándose Ciprofloxacino.
- Tras finalizar tratamiento, acude al médico de familia (MF) por persistencia de síntomas quien, dada la evolución mantenida, solicita pruebas complementarias adoptando actitud expectante.



# Exploración Física y Pruebas Complementarias

## \* Urgencias:

- Sedimento orina: Leuc 251-500/uL; Hematíes aislados; Bacteriuria escasa.
- Urocultivo: <10.000 Ufcol/ml.

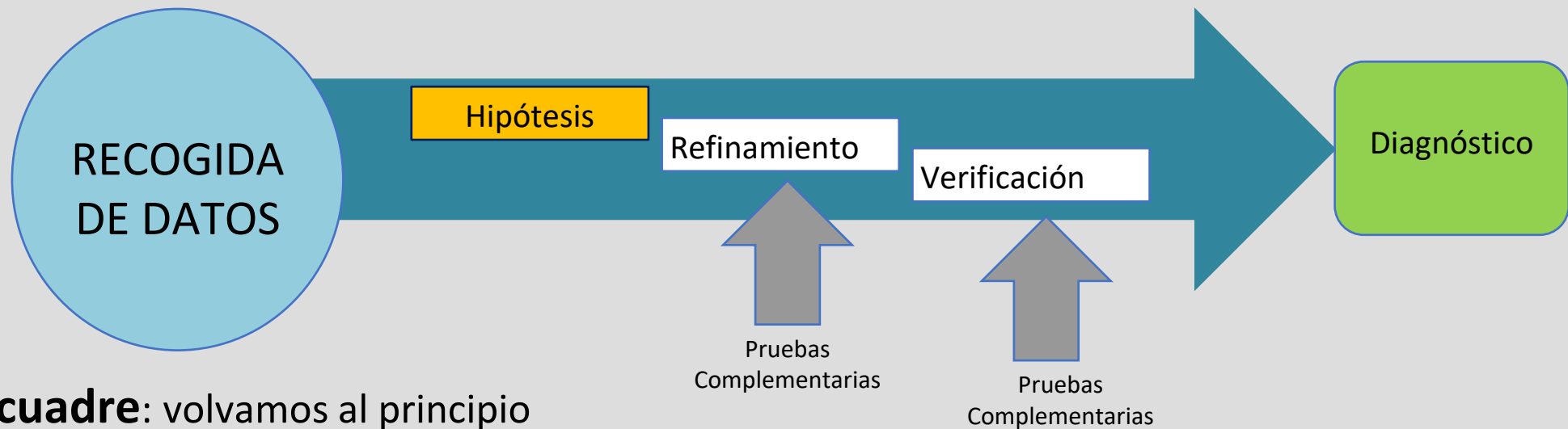
## \* Atención Primaria (AP):

- Sedimento orina: Leucocitos 251-500/uL; Hematíes aislados; Bacteriuria escasa.
- Urocultivo: <10.000 Ufcol/ml.



# ¿Cuál sería la actitud más adecuada?

- Proceso diagnóstico: pasos

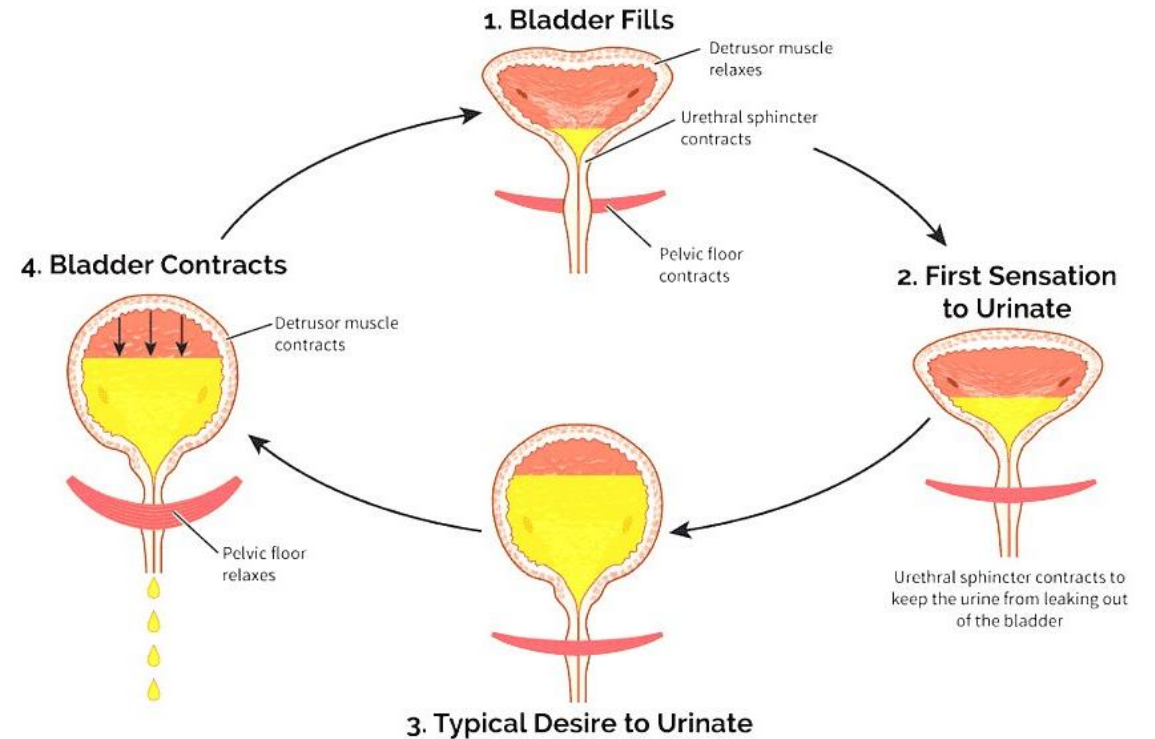


- **Reencuadre:** volvamos al principio
- Lista de diagnóstico diferencial
- ¿Hemos tenido en cuenta todas las variables?



# DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Factores anatómicos: alteraciones de la contractilidad vesical, obstrucción del tracto de salida de orina (estenosis uretra, litiasis...), falta de sinergia entre detrusor y esfínter.
- Factores iatrogénicos/farmacológicos: fármacos anticolinérgicos.
- Estreñimiento: Un bolo fecal grande (que aumenta la presión sobre el trigono de la vejiga)
- Masas pélvicas/ prolapsos de órganos pélvicos.
- Vejiga neurogénica en pacientes con diabetes, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson o cirugías pelvianas anteriores con denervación de la vejiga.



# DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Descartamos causa farmacológica
- No comorbilidades relacionadas
- No Cirugía pélvica previa (herniorrafia inguinal)
- No alteración del ritmo intestinal ni estreñimiento
  
- ¿Qué nos falta?

## EXPLORACION FISICA

¿¿masas pélvicas, prolapsos...??

# Juicio Clínico

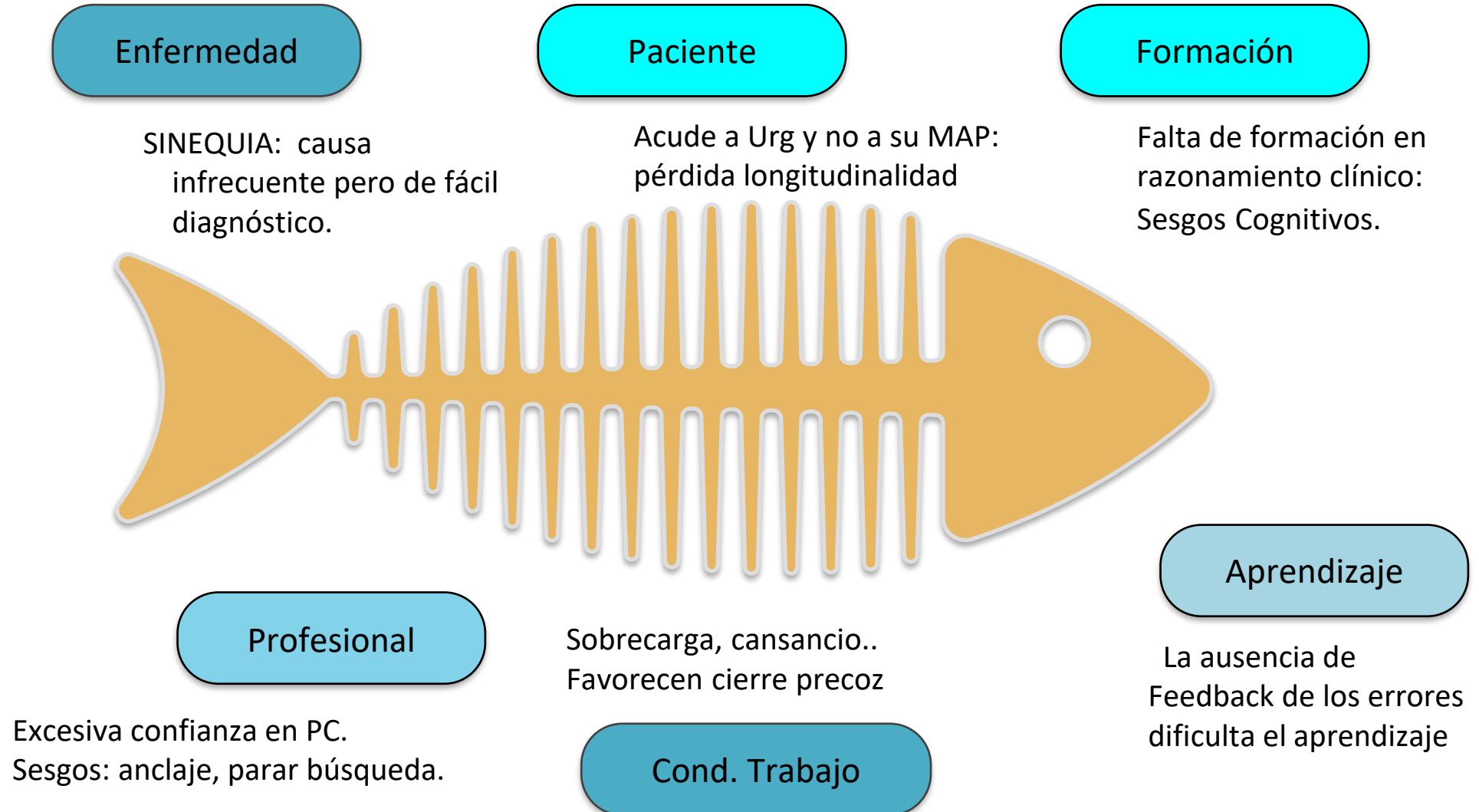
- **SINEQUIA VULVAR.**
  - Se deriva a Ginecología.
  - Abordaje quirúrgico programado.
- **ERROR DIAGNOSTICO**



**" Diagnóstico que no se hace, que es equivocado o se hace tarde"**

*Graber ML. The incidence of diagnostic error in medicine. BMJ Qual Saf 2013;22:21-27*

# Análisis del caso: factores contribuyentes

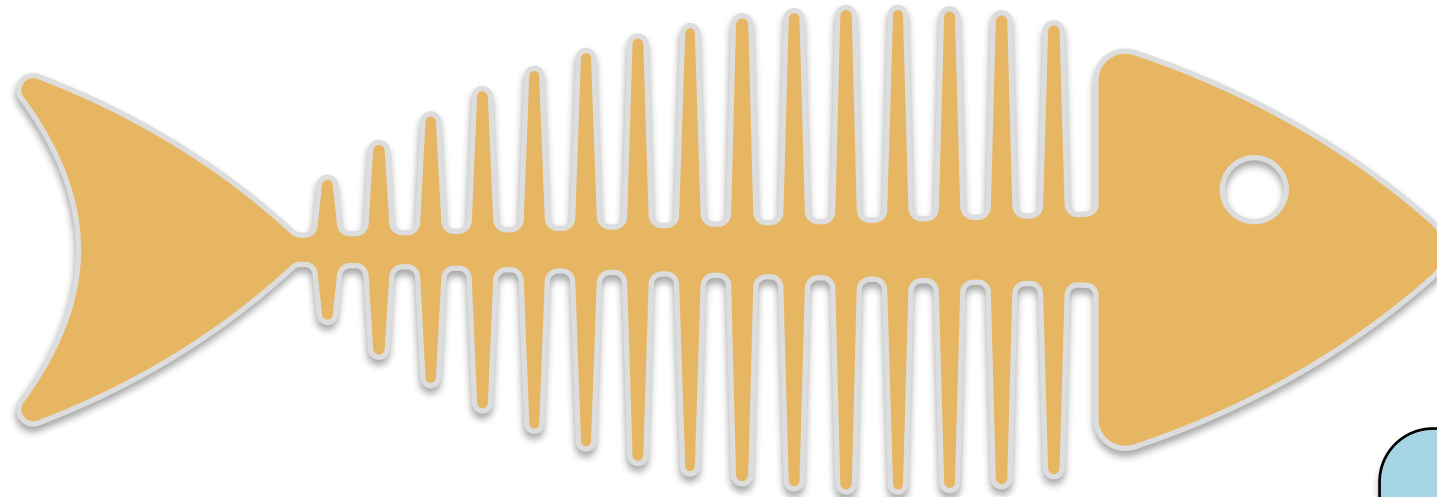


# Análisis del caso: factores contribuyentes

Enfermedad

Paciente

Formación

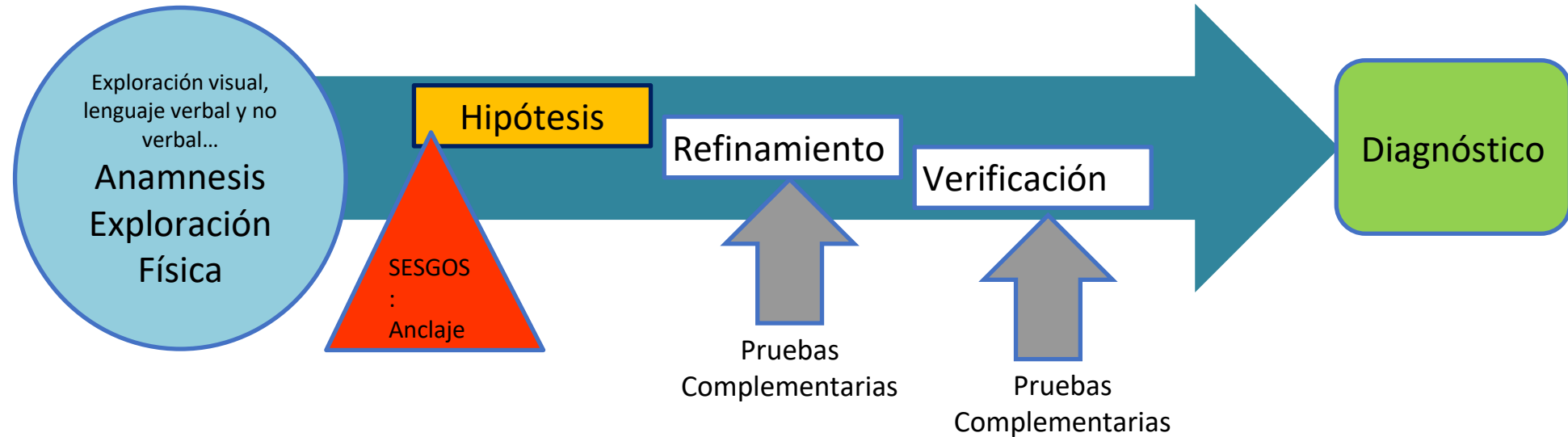


Profesional

Aprendizaje

Cond. Trabajo

# COMENTARIO FINAL



Una adecuada valoración médica basada en anamnesis y EF, sigue siendo la base del diagnóstico clínico, especialmente en el ámbito de AP, y no pueden ser sustituidos por las PPCC.

Los exámenes genitales son una habilidad no invasiva fundamental para el MF que no debemos obviar en pacientes con síntomas ginecológicos o urológicos.

The End.

